UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LUXATION ISOLÉE RÉCENTE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS EN AVANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 octobre 1936

PAR

Pierre-Léopold-Eugène GENTILHE

Ancien externe des Hôpitaux

Né à ANGLET (Basses-Pyrénées) le 26 juillet 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... *Juges*

CHARRIER, agrégé..... *Juges*

DELMAS-MARSALET, agrégé .... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

—

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LUXATION ISOLÉE RÉCENTE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS EN AVANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 octobre 1936

PAR

Pierre-Léopold-Eugène GENTILHE

Ancien externe des Hôpitaux

Né à ANGLET (Basses-Pyrénées) le 26 juillet 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges*

CHARRIER, agrégé..... } *Juges*

DELMAS-MARSALET, agrégé .... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

—

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N.
id.	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE.
id.	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.

	MM.
Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	LOUBAT.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE.
Médecine opératoire	PAPIN.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique	VITTE.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ.
Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.
Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR VICTOR GENTILHE

Qui fut mon premier maître et qui, mort victime de son devoir, m'a laissé trop tôt un bel exemple de dévouement à la tâche médicale.

A MA FEMME

A MA FILLE NICOLE

A MA MERE

A MES GRANDS-MERES

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

Maître Jean-Pedro PARIS

A MA NIECE COLETTE

A MA BELLE-SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

Le Docteur Paul DELMAS-MARSALET

A MA TANTE ET A MON ONCLE

Le Docteur André GENTILHE

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A MES COUSINES ET A MES COUSINS

A MON BEAU-FRERE

ROBERT BOSC-DUCROS

MEIS ET AMICIS

A TOUS CEUX DES MIENS DONT JE SUIS LA TRACE :

Le Docteur Léopold GENTILHE
(*in memoriam*),
de Tosse.

Le Docteur Victor GENTILHE
(*in memoriam*),
d'Anglet.

Le Docteur André GENTILHE
de Biarritz.
Croix de guerre.

Le Docteur Louis DAYRIES
Médecin-Capitaine dans l'Armée.

Le Docteur André MARTIN
Médecin-Capitaine dans la Marine.

Le Docteur Paul DELMAS-MARSALET
de Fontenay-le-Comte.

Les Docteurs Louis et Laurent RAILLARD
de Tosse.

A MES MAITRES DU COLLEGE DE DAX

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

Monsieur le Professeur Félix PAPIN

Monsieur le Docteur DENIS

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur P. BEGOUIN

Monsieur le Professeur J. PERY

Monsieur le Docteur DENIS

Monsieur le Docteur LACHAPELE

A Monsieur le Docteur CONSTANTIN

Radiologue à Biarritz.

Qui a bien voulu mettre à notre disposition les clichés reproduits.

A Monsieur le Docteur DUBOURG

Chirurgien des Hôpitaux.

Avec tous mes remerciements pour l'amitié que vous m'avez accordée dès mes premières années d'étude et l'amabilité avec laquelle vous m'avez fait profiter de vos travaux.

A Monsieur le Docteur LAFAILLE

Chirurgien adjoint de l'Hôpital de Bayonne.

Mon cher Ami,

Qu'il me soit permis de vous remercier pour toute l'aide effective et morale que vous m'avez apportée depuis mon arrivée dans la région. Vous avez mis à ma disposition, non seulement votre intelligence, mais votre amitié. Je vous en remercie bien vivement.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. BEGOUIN

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Mon cher Maître,

Après mon père et mon oncle, j'ai eu l'honneur d'être votre élève. Je savais déjà par eux tout le bienfait de vos leçons, toute la profondeur de votre science; mais j'ai pu moi-même apprécier l'excellence de votre méthode, et vous suis infiniment reconnaissant de m'avoir initié à vos techniques si précieuses, et cela avec une bienveillance si affectueuse que je ne saurai oublier les jours où j'eus le bonheur de vous approcher. Je regrette d'autant plus de ne pouvoir aujourd'hui vous présenter un ouvrage plus important. Que celui-ci soit cependant l'hommage d'une profonde admiration et d'une vive reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LUXATION ISOLÉE RÉCENTE

DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS EN AVANT

INTRODUCTION

De récentes publications françaises et étrangères viennent d'attirer l'attention sur la luxation isolée en avant de l'extrémité inférieure du cubitus.

Sauvé et Kapandji ont soulevé à plusieurs reprises la question à la Société nationale de Chirurgie (décembre 1932, janvier 1933, avril 1933). Bazy, à son tour, a contribué à l'étude de cette lésion à propos d'une observation (*Journal de chirurgie*, juin 1935).

Leurs communications s'intéressent aux luxations anciennes récidivantes ou irréductibles; ils ont par ailleurs fixé les techniques opératoires dans des articles du *Journal de chirurgie* (Sauvé et Kapandji, avril 1936; Bazy et Galtier, juin 1935).

Parallèlement, Eliason, dans le journal *Annals of Surgery*

(juillet 1932) a préconisé le traitement des séquelles de cette lésion.

Les travaux s'intéressant à la luxation isolée récente de l'extrémité inférieure du cubitus en avant sont peu nombreux.

Dans sa publication à la Société nationale de Chirurgie, le 3 février 1926, Brisset signalait le peu de fréquence de cette lésion : « La rareté de cette lésion est si grande, disait-il, que son existence a fini par devenir problématique, et je n'ai pu en trouver trace dans les ouvrages modernes. »

Dans ses recherches bibliographiques, il avait retrouvé l'étude que Boyer fit en 1791 et la description anatomique de Desault.

Depuis 1926, nous n'avons pu retrouver dans la littérature d'autres observations.

Böehler, dans son ouvrage sur le *Traitement des fractures des membres*, signale cette lésion et en donne son traitement.

Nous avons eu, il y a quelque temps, l'occasion d'observer et de suivre une luxation isolée en avant de l'extrémité inférieure du cubitus. Ce nouveau cas nous a permis de vérifier l'exactitude des descriptions de Boyer et de Brisset et d'opposer la simplicité et l'efficacité du traitement de la lésion récente à la difficulté et à la complication des thérapeutiques des lésions anciennes, dont nous avons déjà parlé.

CONSIDERATION ANATOMIQUE

L'articulation radio-cubitale inférieure est une articulation pivotante; elle assure, avec l'articulation cubito-radiale supérieure et l'articulation huméro-radiale, les mouvements de rotation de l'avant-bras : mouvement de prono-supination. Tout désordre à son niveau entraîne la perte de cette fonction si importante et si particulière de l'avant-bras.

Cette articulation met en présence : la tête cubitale d'une part, l'épiphyse radiale par sa petite cavité sigmoïde, et le ligament triangulaire d'autre part.

Sans vouloir reprendre ici une étude anatomique détaillée de ces surfaces articulaires et de leurs moyens d'union, nous croyons qu'il est bon de rappeler certains détails.

La tête cubitale présente deux portions articulaires :

a) Une facette inférieure terminale, aplatie, légèrement convexe, demi-circulaire, correspondant à la face supérieure du ligament triangulaire;

b) Une facette externe verticale cylindroïde, convexe d'avant en arrière, occupant les deux tiers externes du pourtour de la tête, en forme de croissant, plus haute à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, et plus étendue que la petite cavité sigmoïde du radius à laquelle elle correspond.

Ces deux surfaces sont en continuité par un rebord arrondi et mousse, et qui correspond à une cavité anguleuse constituée par la cavité sigmoïde et le ligament triangulaire. Elles sont d'ailleurs recouvertes d'une mince couche de cartilage.

La petite cavité sigmoïde du radius. — Située sur la face inférieure de l'extrémité inférieure de l'os, se présente sous la forme d'une portion de cylindre vertical, creux, à conca-

vité interne mesurant dans les cas moyens 15 à 20 centimètres de diamètre sagittal et une hauteur atteignant 1 centimètre; au-dessus d'elle se trouve une surface osseuse triangulaire dont les bords antérieurs et postérieurs nets se rejoignent pour former le bord interne de la diaphyse, sur lequel s'insère le ligament interosseux. La petite cavité sigmoïde est donc limitée en avant par un bord net aigu formant arête, butoir, au-devant de la tête cubitale en place.

Le ligament triangulaire. — C'est une lame de fibro-cartilage triangulaire à peu près horizontale, à sommet interne, s'insérant en dedans à la partie interne de la tête cubitale dans l'échancrure que forme celle-ci avec l'apophyse styloïde et sur le côté externe de cette apophyse. Sa base se fixe au bord inférieur de la petite cavité sigmoïde. Les faces concaves sont recouvertes de cartilage. Sa face supérieure se continue par la petite cavité sigmoïde, le revêtement cartilagineux ne subissant pas d'interruption; elle correspond à la partie aplatie de la tête cubitale. Sa face inférieure repose sur le semi-lunaire et le pyramidal, et correspond au carpe. Il est formé de trousseaux fibreux s'étalant de l'insertion cubitale vers sa base radiale, et encadrant une portion cartilagineuse plus ou moins importante et correspondant à la base radiale. Très épais en dedans et sur ses bords, le ligament triangulaire s'amincit en dehors et à sa partie moyenne, à tel point que quelquefois il y a perforation allongée d'avant en arrière de la radio-cubitale inférieure et de la radio-carpienne. Cette épaisseur du ligament triangulaire et la distance qui sépare le cubitus du pyramidal méritent d'être notées, comme le font remarquer Bazy et Galtier. Elles s'opposent à toute tentative d'arthrodèse cubito-carpienne, qu'on a proposée comme solution de la luxation récidivante de la tête cubitale.

Moyens d'union.

La capsule fibreuse.

La capsule fibreuse de l'articulation s'insère sur les bords des surfaces articulaires et sur les bords antérieurs et postérieurs du ligament triangulaire, pour se continuer en bas avec la capsule de l'articulation du poignet. Cette capsule est très lâche, en rapport avec l'étendue des mouvements normaux de l'articulation, permettant un écart de 1 centimètre entre les surfaces articulaires. Sa partie la plus épaisse, la plus forte, se trouve près de ses insertions radiales. Sa partie la plus faible, la moins épaisse, se trouve en avant au niveau du carré pronateur, auquel elle adhère, et qui doit jouer un rôle de suppléance.

Les ligaments.

1° *Ligament radio-cubital antérieur et postérieur.*

On a individualisé sur les faces antérieure et postérieure de la capsule quelques faisceaux fibreux qui ont été décrits par quelques auteurs comme ligaments antérieur et postérieur. Ces faisceaux sont obliques en bas et en dedans, descendant des bords de la cavité sigmoïde vers le cubitus. Si leur existence n'est pas contestée, leur valeur et leur efficacité peuvent l'être.

2° *Ligament triangulaire.*

C'est en réalité le ligament triangulaire, dont nous avons parlé comme surface articulaire, qui est le véritable moyen d'union des épiphyses radiale et cubitale. Nous en avons montré les insertions et la constitution extrêmement robuste, ce qui explique sans doute la rareté des luxations radio-cubitales inférieures.

3° *Autres moyens d'union.*

Nous croyons que deux autres éléments aident le ligament triangulaire : le ligament interosseux et le muscle carré

pronateur, jouant un rôle important dans la solidarité des épiphyses.

a) *Le ligament interosseux*, unissant notamment les diaphyses des deux os de l'avant-bras, applique fortement les deux os par leur point de contact au niveau des surfaces articulaires des articulations radio-cubitales supérieure et inférieure. A son extrémité inférieure, à quelques centimètres de l'articulation qui nous intéresse, il s'amincit et se transforme en une mince lame fibreuse s'appliquant à la face postérieure du carré pronateur. Un faisceau vertical se prolonge jusqu'au cul-de-sac de l'articulation radio-cubitale inférieure.

b) *Le carré pronateur*, muscle large et placé transversalement, juste au-dessus de l'articulation radio-carpienne, est aplati davantage en bas qu'en haut. Il naît du quart inférieur de la face antérieure du cubitus, où son origine est nettement limitée par une crête rugueuse. Ses fibres, transversalement dirigées vers le quart inférieur de la face antérieure du radius, empiètent sur la face cubitale de cet os. Quelques-unes de ces fibres profondes, s'enroulant autour de la tête cubitale, gagnent la partie inférieure du ligament interosseux. Le carré pronateur recouvre le ligament interosseux et l'articulation radio-cubitale inférieure, dont il bride le cul-de-sac synovial.

L'intérêt du carré pronateur vient, d'une part, du rôle de ligament actif qu'il joue, mais aussi, d'autre part, de l'obstacle à la réduction qu'il peut devenir par sa contracture et de l'utilisation qu'en ont faite Sauvé et Kapandji pour obtenir une pseudarthrose cubitale sus-articulaire par interposition de ses fibres charnues.

La synoviale.

Tapisse la face profonde de la capsule. Elle émet un cul-de-sac supérieur à grande laxité à la partie supérieure de la capsule, sous forme d'un gros bourrelet semi-circulaire placé entre les deux os, au-dessus de la tête, sous le carré prona-

teur. Elle émet deux traînées de franges en avant et en arrière, en rapport avec l'amplitude des mouvements articulaires de prono-supination. Elle communique parfois avec la synoviale de l'articulation radio-carpienne.

En plus des rapports intéressants que contracte l'articulation radio-cubitale inférieure — nous avons déjà parlé du carré pronateur — qu'il nous soit permis de rappeler :

a) le voisinage du pédicule cubital, qui pourrait être irrité par la luxation de la tête cubitale en avant;

b) le rapport en arrière avec le tendon du cubital postérieur, qui a servi à fixer le carré pronateur (Sauvé et Kapandji);

c) surtout le rapport avec le ligament annulaire postérieur, qui bride la tête cubitale.

Le rapport est tellement intime que les frottements de la tête sur cette gaine fibreuse agrandissent les mailles du tissu cellulaire, qu'il transforme en une véritable bourse séreuse. Cette intimité expliquerait peut-être la plus grande fréquence des luxations en avant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La luxation de la tête cubitale en avant peut être étudiée par les radiographies qui en ont été publiées. La tête cubitale vient se placer en avant de la saillie antérieure du radius; elle a sauté le butoir antérieur, restant en contact intime avec lui, comme dans notre observation, venant s'appliquer sur son versant antérieur; la base de l'apophyse styloïde correspond alors à la cavité sigmoïde.

Les axes des diaphyses cubitale et radiale ne correspondent plus, comme cela se voit sur le cliché de profil.

L'appareil ligamentaire est lésé; la capsule et ses renforcements, qu'on appelle ligaments antérieur et postérieur, doivent être déchirés ou distendus. Mais quel est l'état des moyens d'union solides et puissants ? Le ligament triangulaire se déchire, comme le montre Eliason dans le compte rendu opératoire du cas qu'il a publié, ou bien le plus souvent il arrache son insertion osseuse. Dans deux observations, celle de Bazy et Galtier et la nôtre, il y a fracture de l'apophyse styloïde cubitale, le fort ligament triangulaire a arraché son insertion.

Le carré pronateur est contracturé, et devient un obstacle à la réduction. Brisset, par une anesthésie générale à l'éther, a dû la faire disparaître, et la réduction fut facile. Nous avons infiltré la partie basse du muscle par sa face profonde en passant par la partie inférieure de l'espace interosseux.

ETIOLOGIE ET MECANISME

Nous avons déjà signalé l'extrême rareté de cette lésion articulaire; alors que les luxations du radius par rapport au cubitus, associées à une fracture spontanée de l'extrémité inférieure du radius, sont assez fréquentes, les luxations pures sont rares. Les traités classiques n'en font pas mention. Böehler, cependant, s'en est occupé, et indique le traitement de ces lésions. La fréquence plus grande des luxations en avant pourrait peut-être s'expliquer par la fragilité plus grande de la capsule en avant, par la présence d'une bande solide en arrière de la tête cubitale — le ligament annulaire postérieur — et surtout par la rareté de la pronation forcée. Les mouvements de l'épaule et de l'omoplate, gênant un peu après le blocage de la radio-cubitale inférieure en pronation, empêche ainsi son hyper-pronation. Des rares observations que nous avons pu consulter, il semble que deux mécanismes soient possibles :

1° *Par action directe;* c'est le cas de notre blessé, qui voit une force de plus de 50 kilos tombant d'un mètre chasser en avant le cubitus, reposant en porte-à-faux, en un mouvement que l'on peut comparer à la main qui enlève une bille de chocolat d'une tablette sur le bord d'une table.

2° *Par action indirecte*, comme dans l'observation princeps de Boyer ou dans celle de Brisset, par un mouvement brutal d'hyper-supination.

Dans un premier temps, le ligament triangulaire se déchire, sans doute, ou arrache l'apophyse styloïde cubitale. Dès lors, la tête cubitale a davantage de liberté; suivant la force directe, elle se place en avant ou bien se trouve

enclavée en avant dans le mouvement de rotation de l'hyper-supination. Peut-être le ligament triangulaire partiellement déchiré ou désinséré joue-t-il un rôle dans la fixation de la tête en avant et le maintien d'un contact intime avec le radius. Il nous semble plus plausible que ce rôle revient en partie au muscle carré pronateur, mais surtout au ligament interosseux.

ETUDE CLINIQUE

Début. — C'est au cours d'un mouvement de supination forcée que le blessé perçoit un craquement au niveau de son poignet et qu'il ressent une douleur des plus aiguës, atroce, lui donnant l'impression de brisement. Il y a impossibilité immédiate d'exécuter les mouvements ordinaires de l'avant-bras. Douleur brutale, impotence fonctionnelle consécutive, font entrevoir une lésion importante du poignet. La façon dont s'est produit l'accident — torsion de l'avant-bras en supination forcée — pourrait déjà faire penser à une lésion cubito-radiale inférieure, que l'examen viendra confirmer, comme nous le verrons plus loin. La luxation isolée de la tête cubitale en avant possède des signes suffisamment éloquents pour qu'on puisse en faire le diagnostic clinique avant toute investigation radiologique. Le début n'est pas toujours aussi caractéristique; dans le choc direct (observation personnelle), les lésions produites par corps contondant s'additionnent et peuvent cacher la lésion articulaire. Le gonflement, les ecchymoses de l'avant-bras, sont précoces, importants, s'étendant à toute cette partie du membre allant vers le coude; rapidement ils masquent la plupart des signes cliniques, empêchant un diagnostic précoce et parfois pouvant laisser ignorer une lésion dont l'absence de traitement peut se révéler plus tard par une luxation ancienne irréductible ou récidivante. C'est sans doute à cela que nous devons les luxations anciennes qui ont été le point de départ des travaux récents.

Examen. — Le blessé présente son avant-bras fléchi, la main en supination, les doigts recourbés; la difformité de

l'avant-bras et du poignet permet dans la simple inspection de penser à une lésion sérieuse.

Deux déformations attirent l'attention :

En avant, au niveau du poignet, on peut noter une saillie arrondie, lisse, juste au-dessus de l'éminence hypothénar, effaçant le pli de flexion du poignet; cette saillie correspond à la tête cubitale projetée en avant.

En arrière, au contraire, on perçoit au-dessus de la partie interne du dôme carpien une dépression, véritable coup de hache postéro-interne. En somme, si le gonflement n'est pas trop important, on note la perte de parallélisme du cubitus et du radius; le cubitus forme avec le radius un angle aigu, croisant sa direction et se portant en bas et en avant, un peu en dehors.

La palpation du poignet vient confirmer l'impression déjà acquise; il s'agit bien en avant d'une surface lisse arrondie et d'une dépression postérieure que le gonflement peut en partie combler. Cette palpation ne réveille pas de douleur exquise et ne permet aucune mobilisation de la tête cubitale qui soulève les téguments; celle-ci est fortement fixée au radius. Parfois, c'était le cas de notre blessé, la palpation provoquait une douleur exquise sur la partie postéro-interne de la tête cubitale, douleur vraisemblablement en rapport avec la fracture styloïdienne que nous a révélée ultérieurement la radiographie. L'ensemble du squelette voisin : radius, carpe, diaphyse cubitale, n'offrait aucun point douloureux suspect. L'étude des mouvements permet de noter la possibilité de flexion et d'extension du coude. La flexion et l'extension actives sont diminuées certes, mais restent très nettes au niveau du poignet et des doigts; par contre, les mouvements de latéralité de la main provoquent de la gêne et de la douleur. Seule la pronation est impossible, et toute tentative arrache des cris au patient; cette impossibilité de la pronation est un signe capital, il signe une lésion de l'articulation pivotante de l'avant-bras.

La triade physique : saillie en avant, encoche en arrière,

perte de la pronation, nous semble caractéristique de la luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant.

La sensibilité de la main n'a pas été modifiée dans les cas observés; cependant, nous devons à la vérité de dire que notre blessé avait accusé quelques fourmillements transitoires dans le domaine du cubital.

Nous avons déjà signalé le gonflement précoce de l'avant-bras et du poignet du blessé que nous avons observé; Bazy et Galtier y ont insisté par ailleurs. En ce cas, le signe qui garde la plus grande valeur et qui doit orienter le diagnostic est l'attitude en supination et l'impossibilité de la réduire.

RADIOGRAPHIE

Elle va procurer la réalité du déplacement et l'absence de fracture du radius.

Sur le cliché de face, on note que la partie externe de la tête cubitale a abandonné sa situation normale. Cette tête est plus ou moins déplacée en dehors, son ombre empiétant plus ou moins sur celle du radius.

Sur le cliché de profil, on note la situation antérieure de la tête cubitale et la perte de parallélisme des diaphyses des deux os.

Dans deux observations au moins — observation Bazy et Galtier et la nôtre — on note une fracture de l'apophyse styloïde cubitale arrachée à sa base, le déplacement étant le plus souvent peu important. Cette fracture styloïdienne a la valeur d'une lésion ligamentaire, et peut se rapprocher de l'arrachement épitrochléen dans la luxation du coude en arrière.

EVOLUTION

Le pronostic de la luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant réduite et traitée correctement est bon.

Böelher, dans son *Traité technique du traitement des fractures*, est catégorique; il s'exprime ainsi : « Si toutes les articulations non immobilisées sont bien utilisées dans leur amplitude, après l'ablation de l'attelle, en quelques jours le membre supérieur présente une récupération fonctionnelle complète. Les récidives souvent décrites de la luxation se produisent seulement quand on interrompt trop tôt l'immobilisation et que l'on commence trop tôt les massages et les mouvements passifs; il n'y a jamais récidive si, après réduction, on immobilise trois semaines. » (Böelher, traduction Boppe, p. 300.)

Après son accident, notre patient n'a pas présenté de récidive; il se sert de son poignet et espère dans quelque temps pouvoir rejouer au tennis.

Mais les règles thérapeutiques idéales ne sont pas toujours respectées, soit que le blessé ne consulte pas un médecin, ou soit que, comme l'ont écrit Bazy et Galtier dans leur article du *Journal de chirurgie* de juin 1935, elles restent méconnues.

« Cependant, il arrive que cette luxation reste méconnue parce qu'elle échappe aux investigations cliniques en raison du gonflement énorme du poignet qu'elle entraîne et parce qu'on néglige l'examen radiographique. Il est assez curieux de constater que, dans ces conditions, elle ne détermine très fréquemment aucun trouble, et que les sujets qui en sont porteurs s'en accommodent fort bien. C'est dire que

ce n'est que par exception que les chirurgiens seront consultés, pour apporter un remède à des luxations isolées de la tête du cubitus, irréductibles soit d'emblée, soit du fait de leur ancienneté, et suffisamment gênantes pour légitimer une intervention. »

Ainsi donc, la luxation isolée du cubitus en avant ancienne peut être tolérée et n'apporter que des troubles insignifiants; il se ferait une sorte d'adaptation fonctionnelle de l'avant-bras.

Si minimes que soient dans ces cas les troubles, ils existent, et les phénomènes douloureux absents, tardifs, viennent, on le sait, frapper plus aisément les néarthroses.

Il existe néanmoins des cas où la luxation ancienne est une véritable infirmité et que quelques chirurgiens ont eu à la traiter; ce sont des luxations anciennes irréductibles ou des luxations récidivantes.

Luxations anciennes.

Les troubles fonctionnels de la luxation ancienne peuvent apparaître sous forme d'une atteinte fonctionnelle : gêne du poignet; l'impotence est grande, les mouvements du poignet sont bloqués, et surtout ceux de prono-supination; le poignet peut être douloureux, surtout au niveau de la tête cubitale. Ces troubles peuvent n'apparaître qu'au bout d'un certain temps, après une phase d'amélioration plus ou moins longue, plus ou moins nette. Chez le manutentionnaire de Bazy et Galtier, après une tentative de réduction infructueuse, la fonction de l'avant-bras et du poignet s'améliore peu à peu, à tel point qu'on diffère une nouvelle tentative et que furent prescrits massages et mobilisation, « remettant à plus tard une intervention sanglante, si celle-ci devenait nécessaire ».

Leur blessé, en effet, a recouvert, dans les jours qui suivirent l'essai de réduction, une certaine amplitude des mouvements, et il put sortir de l'hôpital.

Le poignet atteint de luxation ancienne nécessitant l'ap-

port du chirurgien, peut apparaître sous divers aspects, tantôt augmenté de volume, siège d'un empâtement douloureux, avec une main figée et une grosse atrophie musculaire, tantôt avec des signes évidents de la luxation. La radiographie, dans ces cas anciens, montre, outre la lésion primitivement constatée, une décalcification massive de toute l'extrémité inférieure du squelette antibrachial du carpe et de la main, « état qui correspond, comme l'a montré l'opération, a un aspect poreux, friable, rouge vineux, saignant facilement, donnant un aspect spongieux ».

Luxation récidivante.

C'est le cas des malades de Sauvé et Kapandji et de l'infirmière d'Eliason, la récidive de la luxation qui entraîne une gêne considérable du membre supérieur. A chaque tentative de pronation, les deux épiphyses radiale et cubitale perdent leurs rapports normaux, la tête cubitale « saute en avant ». La gêne des blessés de ces auteurs devait être assez importante, puisqu'une intervention fut pratiquée, et que même Eliason, devant un résultat incomplet, achève le maintien du rapport cubito-radial par une seconde opération.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la luxation isolée du cubitus en avant n'est pas toujours facile. Si l'on possède la triade — saillie cubitale, dépression postéro-externe et troubles de la pronation, associés à l'absence de signes osseux — le diagnostic s'impose et la radiographie le confirmera.

Au contraire, devant un poignet gonflé et impotent, le diagnostic sera plus malaisé; l'absence de toute ébauche de pronation et l'anamnèse devront certes faire penser à la luxation de la tête cubitale, mais ne permettront pas de l'affirmer. L'étrangeté de la lésion devra faire pratiquer des clichés radiographiques de face et de profil. La lésion ainsi découverte expliquera les signes cliniques constatés.

La fracture de Pouteau, les lésions carpiennes, ont des signes particuliers, qui permettent de les caractériser rapidement.

La fracture de l'extrémité inférieure du cubitus, rarement isolée, peut permettre la confusion. Mais c'est la luxation cubitale inférieure, associée à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, ou fracture basse de la diaphyse, qui peut être confondue avec la lésion traumatique que nous étudions. Si la fracture radiale possède son déplacement classique, l'erreur ne consiste qu'à ignorer la luxation cubitale, mais si la fracture du radius possède peu de déplacement, il faudra la rechercher. D'où la nécessité d'étudier soigneusement la continuité osseuse du radius dès que l'on soupçonne une luxation cubitale en avant. Bazy vient de rapporter une observation de Dor, de Marseille, où la part importante des

troubles fonctionnels et douloureux était due à la lésion cubitale, puisque l'opération de Bazy, qui la corrigeait, a amené la guérison.

*
* *

De cette étude clinique, un peu succincte peut-être, nous retiendrons :

— la difficulté possible d'un diagnostic au début sans l'aide de la radiographie;

— la possibilité d'un état fonctionnel suffisant malgré des lésions anciennes;

— la gravité de quelques-unes de ces luxations anciennes ignorées ou mal traitées au début.

THERAPEUTIQUE

Anesthésie.

La réduction a été effectuée sans anesthésie (Boyer), sous anesthésie générale à l'éther (Brisset), sous anesthésie locale (observation personnelle).

L'anesthésie, quelle qu'elle soit, semble avoir facilité l'opération.

Réduction.

Boyer en a fixé la méthode en 1791; seules quelques variantes ont pu être données depuis.

Cette réduction comprend deux parties :

1° Faire cesser la pression du cubitus sur le radius;

2° Ramener la tête cubitale dans la cavité sigmoïde du radius.

Temps préliminaire. — Pour faire cesser la pression du cubitus sur le radius, Boyer, tandis que deux aides soutenaient le membre du blessé assis, se plaçant du côté externe, embrassait la partie basse de l'avant-bras de ses deux mains, « de telle manière que l'une soit placée du côté du cubitus et l'autre vers le radius, que les deux pouces soient appuyés dans l'intervalle des deux os du côté vers lequel le cubitus s'est porté en se déplaçant, et que les quatre derniers doigts soient rassemblés sur le point correspondant de la face opposée de l'avant-bras ».

Il faisait agir dans cette position les deux mains en sens contraire, « comme pour éloigner les deux os l'un de l'autre ».

Nous avons obtenu cet écartement par traction directe de la partie inférieure du cubitus, à l'aide des quatre derniers doigts des deux mains, les deux pouces prenant point d'appui sur la face postérieure de l'épiphyse radiale. Progressivement, la tête cubitale, glissant sous la pression, vient sur la face antérieure du butoir antérieur de la petite cavité sigmoïde. Les deux os, par ce mécanisme, s'écartent.

Ce temps préliminaire d'écartement a été remplacé par Brisset par l'extension et le relèvement du bord cubital de la main, qu'il exerçait lui-même; par Böehler, par une forte traction longitudinale, comme il le fait dans sa réduction d'une fracture de l'avant-bras (contre-extension par sangle), traction exercée par un assistant qui tire sur les doigts.

Le deuxième temps, retour de la tête dans la cavité, est obtenu par le mouvement inverse de celui qui produit le déplacement, c'est-à-dire la pronation.

Boyer faisait exécuter cette pronation par l'aide qui tenait la main; il la conduisait et la secondait en poussant la tête cubitale de ses deux pouces.

Brisset a effectué cette pronation forcée tandis que seul il assumait l'extension.

Böehler porte l'avant-bras en pronation, lorsque la traction de l'aide lui paraît suffisante.

Dans le cas que nous avons observé, la réduction a été effectuée d'un mouvement continu provoquant la pronation, lorsque l'écartement a été jugé suffisant.

Après la réduction, il nous semble que la contention doit être effectuée; nous l'avons dit plus haut à propos du pronostic. Böehler ne pense pas aux récidives après immobilisation plâtrée de six semaines. Brisset et nous-même avons appliqué un plâtre pour éviter la récidive, et nous nous en sommes bien touvé.

Nous pensons actuellement que si nous avions à traiter un nouveau cas de luxation radio-cubitale inférieure en avant, nous associerions les deux méthodes.

Après anesthésie locale effectuée comme nous l'avons

décrit précédemment, le blessé serait couché sur une table, le bras étant horizontal en abduction, l'avant-bras fléchi à angle droit et forcément en supination; un aide assumerait la traction, la contre-extension étant effectuée par une sangle attachée au mur ou à un bouton de porte. L'aide devrait tirer la main en supination et légèrement en abduction. Nous plaçant en dehors du membre et saisissant le cubitus sur sa face antérieure saillante par les quatre doigts de nos deux mains placés en crochet, nous repousserions, à l'aide de nos deux pouces joints, sur la face postérieure de l'épiphyse radiale, celle-ci en avant, puis, suivi bien entendu par notre aide, nous effectuerions le mouvement de pronation forcée terminal, qui doit amener la tête à sa place. Un plâtre léger prenant la main et le coude serait mis en place pendant quinze à vingt et un jours. Un traitement fonctionnel permettrait de récupérer l'amplitude articulaire et la valeur musculaire.

Luxations anciennes.

Sans vouloir sortir du cadre de la luxation récente, il nous semble difficile de ne pas rappeler succinctement les traitements proposés dernièrement contre les luxations anciennes gênantes. Le maintien des rapports normaux entre la tête cubitale et la cavité sigmoïde peut être assuré de deux manières, soit en agissant sur les parties molles, soit en agissant sur les os.

1° Eliason en 1932, Sauvé et Kapandjy en 1933, ont proposé la création d'une bride ligamentaire entourant la tête cubitale et la solidarisant au radius; celle-ci était obtenue par une bande de fascia lata formant boucle autour de la tête et fixée au radius par tunnellisation. Ces auteurs ont eu des récidives partielles. En un deuxième temps, Eliason fut obligé d'y associer une ligamentorraphie.

2° Bazy et Galtier proposèrent, dans le *Journal de chirurgie* de juin 1935, la résection de la tête luxée, suivie de la constitution d'une butée osseuse établie sur place aux dépens

du radius, empêchant l'ascension secondaire du carpe et une main bote cubitale.

3° Récemment, en avril 1936, Sauvé et Kapandjy ont publié une technique, second modèle, dans laquelle la tête cubitale est fixée par une vis au radius; au-dessus d'elle est fabriquée une pseudarthrose par résection d'un petit segment de cubitus et interposition de pilier du carré pronateur entre les deux tranches de section osseuse.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Boyer, 1791.)

En 1791, une femme d'une constitution assez forte, quoique maigre, étant prise de vin, regardait deux personnes qui jouaient aux dames dans un café, rue du Four-Saint-Germain.

Elle veut donner des avis aux joueurs, qui l'invitent à se taire; elle n'en tient aucun compte et continue ses propos.

L'un des joueurs, homme fort et vigoureux, impatienté, se lève, la saisit violemment par la main droite et veut la pousser hors de la salle. Dans ce mouvement, la main et l'avant-bras furent portés brusquement dans la supination. Aussitôt la femme éprouve une douleur des plus aiguës et s'écrie qu'on lui brise le poignet. La douleur, la difformité et l'impossibilité d'exécuter les mouvements ordinaires font craindre qu'elle ne soit gravement blessée. Je fus appelé sur-le-champ. La malade se plaignait d'une douleur très vive, l'avant-bras était fléchi, et la main fixée dans une forte supination.

Le moindre effort dans le sens de la pronation cause les douleurs les plus aiguës, la tête du cubitus formait une saillie très sensible antérieurement; ce dernier os, loin d'être parallèle au radius, formait avec lui un angle très aigu et croisait sa direction en se portant en bas, en avant et en dehors. Je la réduisis par le procédé indiqué ci-dessus.

Voici la description du procédé (Boyer, t. IV, p. 252-253) :

« Pour opérer la réduction, il faut faire cesser la pression du cubitus sur le radius avant d'agir dans le sens propre à ramener les parties dans leur état naturel. Pour cela, le malade étant assis, et le membre étant soutenu par deux aides, comme dans le cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius, l'opérateur, situé au côté externe du membre, embrasse sa partie inférieure avec les deux mains, de manière que l'une soit placée du côté du cubitus et l'autre vers le radius; que les deux pouces soient appuyés dans l'intervalle des deux os du côté vers lequel le cubitus s'est porté en se déplaçant et que les quatre derniers doigts soient rassemblés sur le point correspondant de la face opposée de l'avant-bras. Les choses ainsi disposées, l'opérateur fait un effort en sens contraire avec chacune de ses deux mains, comme pour éloigner les deux os l'un de l'autre; et lorsqu'il s'aperçoit de quelques progrès, il ordonne à l'aide qui tient la main de la porter dans le sens de la supination, s'il s'agit de la luxation en arrière; dans celui de la pronation, si c'est une luxation en avant, tandis que lui-même seconde ce mouvement en poussant la tête du cubitus avec ses deux pouces en sens inverse du mouvement qu'elle a dû exécuter en se déplaçant. On ne réduit pas ces luxations avec autant de facilité que celle de l'extrémité supérieure du radius; on est obligé souvent de réitérer les tentatives.

» Le rétablissement des mouvements naturels de l'avant-bras et de la main, la disparition de la difformité, la diminution de la douleur et le bruit que l'on entend au moment où les rapports des os se rétablissent, prouvent que la réduction est faite. »

Le cas de Boyer offre dans sa sincérité et sa précision des garanties cliniques déjà suffisantes pour qu'on puisse admettre comme démontrée la réalité de l'existence des déplacements en avant de l'extrémité inférieure du cubitus.

Observation II.

(Brisset, 1926.)

Un homme de 59 ans, venant de chercher une caisse assez lourde qu'il portait dans ses bras, trompé par l'obscurité dans la cour d'une petite gare, trébuche contre une marche et tombe avec la caisse qu'il tenait et qu'il ne lâche pas. Dans sa chute, l'avant-bras et la main se trouvent entraînés en dehors en supination forcée. Le blessé perçoit un craquement, éprouve une douleur atroce, et constate aussitôt l'apparition d'une saillie au-dessus et en avant de son poignet, qu'il croit cassé. Son médecin, le Docteur Vidal de Percy, surpris par l'étrangeté de la lésion, lui applique un appareil provisoire et prend le parti de me l'amener immédiatement, si bien que je le vis une heure après l'accident. L'aspect est celui que montrent les photographies.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, à son extrémité inférieure, immédiatement en dedans de l'épiphyse radiale, on voit et on sent une saillie au contour arrondi, constituée par la tête du cubitus, tandis qu'en arrière, au contraire, on perçoit une dépression au-dessus du dôme carpien.

L'extrémité inférieure du cubitus a perdu incontestablement le contact avec le carpe, elle est venue se luxer en avant. L'avant-bras est en supination, les doigts fléchis dans la main. La douleur m'a semblé particulièrement intense. Elle ne permet pas même une ébauche de pronation.

Je fis faire une radiographie qui confirma une luxation de la tête du cubitus en avant du plan antérieur de l'épiphyse radiale.

Sur la radiographie de face, les deux os paraissent avoir gardé leurs rapports; mais, en réalité, il existe un déplacement de la styloïde cubitale, qui est devenue postérieure.

Je fis la réduction sous éther. Je la fis seul et fus surpris de la faire facilement.

Je réduisis par un mouvement de pronation forcée, combiné à l'extension et au relèvement du bord cubital de la main. La tête du cubitus reprit sa place avec le craquement caractéristique des luxations qui se réduisent. J'appliquai ensuite par prudence un léger plâtre pour parer à la reproduction possible du déplacement.

Observation III.

(Bazy et Galtier, juin 1935.)

Un manutentionnaire de 42 ans, dans une raffinerie, est victime d'un accident de machine; l'avant-bras droit est happé par une courroie de transmission en mouvement qui lui a porté la main en supination forcée. Il est admis le 9 mars 1933 à l'Hôpital Saint-Louis, dans mon service, où l'on porte le diagnostic de luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant.

Le poignet est gros, douloureux dans l'ensemble. On sent en avant la saillie de la tête cubitale, à laquelle correspond en arrière une dépression anormale. Les mouvements sont limités et très douloureux : les actifs impossibles, les passifs à peine ébauchables. L'extension et la flexion du poignet ont une amplitude de quelques degrés. La prosupination est presque complètement bloquée.

La radiographie de profil montre une luxation en avant isolée de l'extrémité inférieure du cubitus. La radiographie de face signale une fracture de la base de la styloïde cubitale.

On tente une réduction manuelle infructueuse, et comme, dans les jours suivants, les mouvements recouvrent une certaine amplitude et que les troubles fonctionnels s'améliorent, on prescrit massages et mobilisation, en remettant à plus tard une intervention sanglante si celle-ci devenait nécessaire.

Le blessé sort de l'Hôpital, mais revient deux mois après sans avoir pu reprendre son travail, dans un état fonctionnel grave. Le poignet, toujours très augmenté de volume, est le siège d'un empâtement douloureux dans l'ensemble. Tous les mouvements sont bloqués. Il y a une grosse atrophie musculaire. La radiographie, pratiquée à nouveau, outre les lésions primitivement constatées, révèle une décalcification massive de toute l'extrémité du squelette antibrachial du carpe et de la main. Ainsi se présente ce second tableau clinique d'une luxation ancienne isolée de la tête cubitale, qui avait été primitivement irréductible.

A l'heure où le blessé se présente à nous pour la seconde fois,

la réalité de l'impotence qu'il présente ne peut faire de doute et se complique de douleurs très vives au niveau de l'extrémité inférieure luxée du cubitus. C'est dans ces conditions que l'opération, préalablement réglée dans tous ses détails, qui ont été longuement discutés, est exécutée le 21 juillet 1933 (Marcel Galtier). Elle se déroule avec une grande simplicité; on note que l'extrémité inférieure du cubitus a un aspect poreux, friable, qu'elle a une couleur rouge vineux, et qu'elle est comme parsemée d'orifices facilement saignants, qui lui donnent un aspect spongieux.

Les suites opératoires ont été extrêmement favorables. Actuellement, on peut considérer le blessé comme totalement guéri. L'articulation du poignet est souple, ses mouvements, ainsi que ceux de pronation et de supination, ont une amplitude complète. La tonicité musculaire est revenue, en même temps que disparaissait l'atrophie, et la radiographie montre un état osseux parfaitement satisfaisant. Ajoutons que M. Métivet, qui avait vu le blessé avant l'intervention en vue d'une expertise, a réduit dans des proportions marquées le taux d'invalidité partielle et permanente qu'il avait primitivement proposé.

Observation IV.

(Laffaille et Gentilhe.)

D..., âgé de 45 ans, propriétaire de café à Biarritz.

Le 14 juillet 1936, M. D... est occupé à fermer une de ses fenêtres à guillotine. Soudain, le câble solidarisant celle-ci au contrepoids se rompt, et la fenêtre tombe sur son avant-bras, appuyé en pronation sur le rebord de la fenêtre. C'est par un choc direct, portant sur toute la partie inférieure du cubitus, que le membre fut atteint. Le blessé ressentit une douleur violente, presque syncopale; il fut dégagé par son personnel. L'impotence fonctionnelle fut immédiate, et la douleur empêcha tout sommeil pendant la nuit.

Le lendemain matin, huit heures après l'accident, notre blessé se plaignait de douleur et d'impotence absolue, et de quelques fourmillements au niveau de l'avant-bras; son avant-bras était

immobilisé par une gouttière de carton, que son entourage avait confectionnée après l'accident.

A l'examen, l'avant-bras en supination est très tuméfié, surtout à la partie inférieure de la main. La palpation ne montre aucun point douloureux sur le radius, on réveille de la douleur sur le bord à la partie interne du poignet.

Les mouvements du poignet sont possibles et peu douloureux, les doigts eux aussi sont mobiles dans la mesure où le gonflement le permet. La flexion et l'extension du coude sont normales; par contre, toute tentative de pronation est impossible et fait souffrir le blessé.

On hésite à faire le diagnostic de lésion osseuse, de fracture de l'extrémité inférieure du radius ou du carpe.

On pense à une fracture intéressant l'articulation cubito-radiale inférieure. En raison de l'existence des troubles de la pronation et surtout du gonflement, on fait radiographier le poignet. Ces radios montrent une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en avant, avec fracture de l'apophyse styloïde du cubitus.

Quelques jours après, le gonflement a diminué et on peut noter en plus des signes déjà observés la saillie de la tête cubitale en avant et en dedans, et une dépression à la face postérieure de l'avant-bras.

Le 20 juillet, sous anesthésie locale, la réduction fut effectuée assez facilement. Après iodage du poignet, par voie dorsale, on injecte de la novocaïne à 1/100 dans la zone de l'interligne cubito-radiale inférieure et dans la zone du carré pronateur; dix minutes plus tard on essaie la réduction.

Le blessé est assis près d'une table, le bras reposé sur celle-ci par sa face postérieure, tandis que l'avant-bras, fléchi à angle droit, se trouve vertical, perpendiculaire au plan de la table en supination, c'est-à-dire sa face supérieure tournée vers le bras. L'opérateur se place en dehors du membre, appuyant de ses deux pouces la face postérieure de l'extrémité inférieure du radius, et place les autres doigts de ses mains sur la face antérieure du cubitus luxée. Après une première tentative infructueuse, le mouvement simultané de pronation et de pression en sens inverse sur

le cubitus et le radius amenait le résultat attendu, en faisant entendre le claquement caractéristique de la surface qui reprend sa place. Les déformations antérieure et postérieure avaient disparu. Une radiographie montrait la perfection de la réduction, un plâtre immobilisait la main et l'avant-bras (circulaire avec bande de cellona). Notre intention était de maintenir celui-ci pendant trois semaines au moins, mais le blessé, très occupé par son métier et la saison estivale de Biarritz, le fit enlever au bout d'une quinzaine de jours. Rapidement, les mouvements de prono-supination réapparurent; vers le 15 septembre, l'amplitude des mouvements était à peu près normale, la pronation forcée réveillait une légère douleur. Actuellement, le blessé ne se plaint plus; il a pu accomplir au début du mois une période militaire sans inconvénient.

Face avant réduction. Profil avant réduction.

OBSERVATION IV.

Face après réduction.

Profil après réduction.

OBSERVATION IV.

CONCLUSIONS

I. — La luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant est extrêmement rare. Nous n'avons pu en retrouver que trois observations : celle de Boyer en 1791, celle de Brisset en 1926, celle de Bazy et Galtier en 1935.

II. — Sa rareté n'en exclut pas l'intérêt, puisqu'une luxation de l'extrémité inférieure méconnue peut donner des séquelles gênantes, constituer une « véritable infirmité ».

III. — A la supination forcée, cause de la luxation décrite déjà par Boyer et Brisset, nous adjoignons un nouveau mécanisme : le choc direct sur la tête cubitale à sa face dorsale.

IV. — Le diagnostic est difficile, malgré la présence de la triade : saillie cubitale en avant, dépression postéro-interne, impossibilité de la pronation, et une radiographie devra être faite.

V. — La réduction précoce de cette lésion, faite sous anesthésie locale à la novocaïne au 1/100, est facile, et évitera le traitement sanglant des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus méconnues ou mal traitées au début.

En résumé, malgré son peu de fréquence, la luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant présente un intérêt réel, car, précocement diagnostiquée et traitée, sa guérison est rapide et certaine.

Notre observation récente nous a permis de faire une étude clinique sur cette luxation, qui n'est pas signalée dans les ouvrages classiques.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu. bon a imprimer :
Le Président,
P. BEGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 octobre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bazy et Galtier. — Traitement sanglant de la luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant. *Journ. de chir.*, t. 45, juin 1935.

Böehler. — Technique du traitement des fractures, traduit par Boppe, Masson, p. 300.

Boyer. — Traité de chirurgie, 1791, t. 4, p. 252-523.

Brisset (de Saint-Lô). — Un cas indiscutable de luxation isolée en avant de l'extrémité inférieure du cubitus. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 3 févr. 1926.

Dor (de Marseille). — Subluxation de l'extrémité inférieure du cubitus en avant (opération Bazy-Galtier). Rapport de L. Bazy, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1er juill. 1936.

Eliason (de Philadelphie). — Une opération pour luxation radio-cubitale récidivante. *Annals of Surgery*, vol. 96, 1er juill. 1932, p. 27-34, 4 fig.

Gérard. — Manuel d'anatomie humaine : L'avant-bras et la main.

Grégoire et Oberlin. — Précis d'anatomie.

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale, 2e éd.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Sauvé et Kapandjy. — *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 22 déc. 1932.

— *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 25 janv. 1933.

— *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 5 avril 1933.

— Nouvelle technique de traitement chirurgical des luxations récidivantes isolées de l'extrémité inférieure du cubitus. *Journ. de chir.*, avril 1936, t. 47, p. 589-594.

Testut. — Traité d'anatomie.

Tillaux. — Chirurgie clinique.

De Brito. — Luxation antérieure de l'extrémité inférieure du cubitus. *Revista Brasileira di Cirurjia*, Rio de Janeiro, an 3, 1er janv. 1934.

Valls et Ottolenghi (de Buenos-Ayres). — Luxation antérieure de l'extrémité de l'épiphyse cubitale inférieure. *Revista de Ortopedia y traumatologia*, fin 1934.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	13
Considération anatomique	15
Anatomie pathologique	20
Etiologie et mécanisme	21
Etude clinique	23
Radiographie	26
Evolution et pronostic	27
Diagnostic	30
Thérapeutique	32
Observations	36
Conclusions	43
Bibliographie	45

19.829. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.